CONDUITE A TENIR EN CAS D'ENTORSE

PAR

M. le Dr G. DAGRON

Ancien interne des hôpitaux
chargé du service du massage dans les salles de M. J. Championnière
à l'Hôtel-Dieu

Extrait des Comptes Rendus de la *Société médicale du IXe Arrondissement.*

CLERMONT (OISE)
IMPRIMERIE DAIX FRÈRES
3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1899



CONDUITE A TENIR EN CAS D'ENTORSE

PAR

M. le Dr G. DAGRON

Ancien interne des hôpitaux
chargé du service du massage dans les salles de M. L.-Championnière
à l'Hôtel-Dieu

Choix d'une méthode rationnelle. — Il est certaines affections fort bénignes, guérissant rapidement, se compliquant rarement d'autres troubles secondaires, si simples de diagnostic que le malade l'a posé avant l'examen du médecin. Ces cas pathologiques guérissent presque toujours spontanément, et les malades, prévoyant cette guérison rapide, ne demandent aucun conseil au médecin ou au chirurgien.

L'entorse est précisément de cet ordre. Mais, précisément parce qu'il n'est pas de traitement radical, chacun veut améliorer, enrayer le mal par une méthode personnelle pour guérir dans le minimum de temps cette maladie qui devient une sorte de sujet de concours pour les inventeurs de procédés thérapeutiques. Innombrable est la liste des pommades ou topiques divers appliqués sur une articulation foulée ; tout naturellement chacun veut apporter ses observations à l'appui et nous apprenons, ce que nous ignorions, que c'est à la fois l'eau froide, l'eau chaude, la compression avec la bande élastique, l'immobilisation comme la mobilisation, les frictions brutales appelées par certains le vrai massage et au contraire les massages très doux, le repos avec décubitus ou la course immédiate après le traumatisme même, nous apprenons, dis-je, que tous ces procédés sont les meilleurs......

La raison en est bien simple : le blessé guérit toujours en dépit de son chirurgien ; au bout de quelques jours il ne consulte plus ce dernier, qui conclut à la guérison et à la supériorité de son procédé. Mais il est des cas plus graves où la guérison n'arrive pas aussi vite et où des soins rationnels sont absolument nécessaires ; ces cas, nous les connaissons mieux : quelques jours ou quelques semaines après l'accident, à la suite d'un de ces traitements quelconques, le malade a essayé de reprendre ses occupations, peu à peu la fonction de l'articulation est devenue de plus en plus défec-

tueuse, et il s'installe une nouvelle entorse beaucoup plus tenace, comme on le verra dans la suite.

En résumé, malgré le grand nombre de procédés, il n'y a pas de traitement radical de l'entorse. Toutefois, en reconnaissant certaines lois physiologiques, en s'attachant à observer les données anatomiques des régions blessées, nous pensons qu'on peut aider la nature à parfaire sa guérison.

Pour exposer un mode de traitement de l'entorse, il faut donc avoir pu en assurer les effets par de multiples applications et en reconnaître la supériorité par les résultats immédiats et éloignés. Il faut surtout pouvoir en faire la comparaison avec les divers procédés employés pour combattre les accidents et complications de l'entorse. Il nous a été donné précisément cette facilité d'observation en dirigeant le service de massothérapie dans les salles de M. L. Championnière à l'hôpital Beaujon : depuis cinq ans que je suis attaché au service de mon excellent maître, j'ai cherché à appliquer le mieux possible ses principes ; or, pendant que j'appliquais d'emblée la méthode sur des entorses du jour même, il venait chaque jour des malades se plaignant de troubles de la marche deux, trois semaines, deux, trois mois, après le traumatisme.

Nos malades de Beaujon sont surtout des ouvriers, des employés, des gens de maison ; parmi les retardataires, les uns ont demandé l'avis d'un médecin et ont bien ou mal observé ses recommandations ; d'autres ont continué leurs travaux dès que la douleur s'est amendée ou même ont travaillé de suite en méprisant cette douleur.

Nous avons alors classé ces malades en trois groupes : le premier groupe comprend les entorsés qui ne se sont pas soignés ; ils n'ont suivi aucun traitement et ont de suite vaqué à leurs occupations. Dans le second groupe nous rangeons les blessés qui ont été soignés, mais qui, victimes d'un traitement irrationnel (manœuvres brutales, marche immédiate, etc.) ont bientôt des entorses graves qui demanderont par la suite des soins encore plus minutieux; enfin, le troisième groupe comprend les malades qui ont été atteints d'entorses à forme grave, comme nous les décrirons plus tard, et qui ont été soignés trop peu de temps pour que la fonction soit aussi régulière qu'autrefois.

Je ne veux pas décrire en détail ces trois variétés de malades, je me contente d'en indiquer la présence, le grand nombre. Ces malades ne vont pas revoir leur médecin, parce que, la plupart du temps, c'est le médecin qui leur a déclaré que tout soin était dorénavant inutile et que peu à peu la guérison s'établirait d'une façon absolue. Averti par un semblable exemple, pour que mes observations fussent bien complètes, j'ai recommandé aux malades de venir me revoir longtemps après la guérison, et comme la reconnaissance est loin d'être universelle, je me suis rendu souvent chez des malades pour m'assurer de leur entière guérison. Enfin, pour donner à mes observations la meilleure valeur au point de vue

comparatif, je n'ai fait cas que des entorses sérieuses, alors que beaucoup de malades, venus dans le service pour accidents secondaires après 2 ou 3 semaines, avaient été atteints de légères foulures, puisqu'ils avaient repris leur travail le jour même de l'accident.

D'ailleurs, l'entorse bénigne n'est pas une affection d'hôpital, et surtout une affection qui permette des observations thérapeutiques précises. Quand il en est une, il s'agit d'une erreur de diagnostic. Bien souvent on aura pris une entorse tibio-tarsienne ou péronéo-tarsienne pour une fracture du péroné, et on la gardera.

Malgré cela, ce blessé ne nous fournira pas de renseignements thérapeutiques intéressants, car, comme nous allons le voir, sa légère affection le prédispose à devenir un aide de la salle. On comprend qu'il soit difficile d'hospitaliser de simples entorses, alors que les services chirurgicaux sont encombrés. Les observations de nos malades de la ville m'ont aidé à compléter l'étude du traitement de l'entorse. En ville on obtient facilement du malade qu'il reste au lit ; quand un entorsé reste à l'hôpital, il aide au service des garçons, il va dans la journée au jardin et la nuit supplée au service des veilleurs ; aussi ai-je eu à l'hôpital quelques cas instructifs, il est vrai, mais au point de vue négatif, et il m'arrivait souvent de démontrer le matin aux élèves, au simple examen d'un pied, l'indocilité des malades qui, améliorés par le traitement de la veille, ne souffrant pas, se levaient, portaient des marmites et aidaient à la distribution des vivres, mais le soir, comme la séance de massage était éloignée, la douleur réapparaissait avec les contractures musculaires qui empêchaient le malade de dormir et le lendemain le pied tuméfié et douloureux aux insertions ligamenteuses trahissait l'imprudent. Comme de semblables malades présentent alors une affection à répétition, qui pourrait s'éterniser, on les renvoie vite de la salle. J'espère que quelques-uns d'entre eux, que je renie d'ailleurs, ne sont pas allés dans d'autres services donner une mauvaise idée de notre façon de soigner et guérir l'entorse.

Je n'ai pas voulu me livrer à un travail précis de statistique et de pourcentage : les cas, les localisations, les variétés de l'entorse ne permettent pas une exactitude mathématique dans l'énumération des observations. Qu'il y ait 100 ou 110 cas d'entorses soignées dont le 1/3 ou le 1/4 d'anciennes, dont la moitié chez des adultes, dont le 1/20 chez les bicyclistes, dont le 1/8 a été suivi jusqu'au bout, etc., etc., peu importe ! Je pense qu'il sera plus intéressant de nous étendre sur la clinique et la thérapeutique, laissant à chacun le soin d'établir son petit calcul le plus souvent faux, sans mauvaise foi, puisque on en arrive, avec chiffres à l'appui, à prouver que toutes les statistiques sont les meilleures.

La méthode que nous employons est surtout rationnelle, comme le démontre la description du manuel opératoire. Il est intéressant de constater comment elle s'est imposée lorsque le massage

passa des poignes ignorantes et brutales des charlatans à la pulpe digitale de nos médecins masseurs.

Du massage dans l'entorse. — Il y a quelque vingt ans, lorsqu'après une chute ou un mouvement de pied brusque, un malade consultait son médecin, celui-ci, après avoir diagnostiqué une entorse du cou-de-pied, conseillait des compresses résolutives d'eau blanche et le repos au lit, en immobilisant le plus possible le membre blessé.

Certes, le malade guérissait toujours au bout d'un temps variable et sans infirmité ; dans les cas bénins de foulure légère, le malade marchait le surlendemain de l'accident. Il semblerait que tout autre traitement ne pût avoir la prétention de remplacer cette simple thérapeutique du repos au lit. Quoiqu'on fasse mieux aujourd'hui, ce traitement, sans être parfait, est encore un des meilleurs : il n'est jamais nuisible.

Mais des réputations plus ou moins légitimes de guérisseurs, de rebouteurs indiquèrent à des médecins observateurs que des améliorations au traitement étaient possibles tout au moins du côté du symptôme douleur. Quelques empiriques obtenaient, par des manœuvres dont ils ne connaissaient ni la portée ni l'importance, la diminution des douleurs, et ces réputations souvent transmises de père en fils, quelquefois justifiées, n'étaient pas exemptes de taches ; nombreuses furent les lésions que des manœuvres brutales ajoutèrent à des désordres articulaires dus à l'entorse ou à la contusion ; variable en fut la gravité depuis la compression trop forte jusqu'à l'arrachement du membre.

Mais les rebouteurs qui usaient de manœuvres douces obtenaient d'heureux résultats : des frictions répétées au même point amenaient de l'anesthésie du ligament entorsé : c'est le procédé de ces rebouteurs qui devint le massage raisonné actuel, traitement rationnel s'il en fût, d'une application si facile et dont les résultats sont indiscutables ; car aux données analgésiques vinrent se joindre les effets sur la circulation et sur l'excitation des nerfs trophiques, c'est-à-dire sur la vitalité de tous les tissus de la région traumatisée.

L'entorse présente des symptômes fonctionnels bien différents dans chaque jointure. Il est évident que la rupture d'un ligament du cou-de-pied ne peut être décrite comme celle d'un faisceau fibreux de l'articulation du coude, si nous voulons en montrer les troubles de la fonction : toute la différence tient dans ces quelques mots : la main prend ; le membre inférieur nous aide à nous tenir debout et à nous mouvoir. Nous voyons déjà que les articulations du membre supérieur ont surtout besoin de souplesse, que celles du membre inférieur ont besoin d'assurance et de solidité, données physiologiques très importantes pour nous ; elles dirigeront notre raisonnement lorsque nous traiterons des fractures. entorses, luxations de chaque membre.

Malgré cette variété de localisation de l'entorse, les symptômes

physiques de cette affection et beaucoup de symptômes fonctionnels étant communs, nous en donnerons une description unique, en reconnaissant que l'entorse du cou-de-pied est la plus fréquente et en la prenant comme type, quitte à signaler à la suite les quelques particularités nécessaires au traitement des autres jointures entorsées.

La variété des articulations ne fournit pas seule des variétés à l'entorse. Il est évident que l'on doit établir des formes diverses suivant la gravité, l'âge, la musculature, le tempérament, la situation sociale du blessé, l'état pathologique antérieur du membre ou l'état général du malade. Nous dirons quelques mots sur les modifications à apporter au traitement type que nous conseillons.

Manuel opératoire. — Pour faciliter la compréhension des manœuvres nous nous supposerons massant une entorse et nous donnerons au fur et à mesure les explications. Ce sera une entorse du cou-de-pied et plus particulièrement du ligament latéral externe ; il n'y aura eu de rompu, comme cela arrive souvent, que les fibres antérieures de ce ligament, celles qui prennent insertion d'une part sur le bord antéro-interne de la malléole péronière, et d'autre part sur la partie antérieure de la face externe de l'astragale au-dessus de la fossette interastragalo-calcanéenne comblée par le ligament interosseux. C'est rarement en ce dernier point que les fibres cèdent ; nous savons que c'est plutôt au voisinage de l'insertion malléolaire, qu'il peut y avoir désinsertion avec ou sans arrachement de lamelles osseuses, constituant ainsi toutes les fractures dites par arrachement, depuis la fracture marginale de Leroy jusqu'à l'arrachement presque complet de la malléole externe. — L'accident a eu lieu quelques heures auparavant : le malade souffre, ne peut poser le pied à terre, l'articulation du cou-de-pied est déjà tuméfiée, surtout en dehors, et présente souvent une teinte bleutée. Le gonflement va de la face dorsale des orteils jusqu'à un travers de main au-dessus de l'interligne articulaire. Je n'insiste pas sur les autres symptômes qui assurent mon diagnostic. Après examen j'ai constaté de la douleur en un point précis, j'ai reconnu avec précision mon ligament malade.

A. *Dispositions préliminaires.*—Il est préférable de placer le blessé sur un lit un peu élevé, de lui demander de se mettre dans le décubitus latéral du côté opposé à la lésion, de disposer un coussin ou un oreiller sous le pied qui se présente par son bord externe ; on veille à ce que la jambe et le genou ne portent pas à faux pour que le malade soit bien à son aise pendant toute la séance. Cependant nous nous plaçons près du lit sur une chaise un peu élevée de façon à pouvoir de temps en temps reposer nos coudes sur le lit. Si le malade doit être commodément couché, il est important que le masseur n'ait pas de positions défectueuses, pour qu'il ne se fatigue jamais et dirige à sa volonté la force de ses pressions.

Masser les bras allongés, ou les mains au-dessus de la tête ou les bras sans appui, c'est rechercher soi-même rapidement des contractures musculaires, c'est faire consécutivement de la mauvaise besogne.

Après examen de la peau, qui doit être saine, sans solution de continuité, sans petites plaies (qu'on devrait obturer de suite aseptiquement si elles existaient), on étale tout doucement sur la peau de la région tuméfiée, ainsi qu'en amont et en aval, soit un corps gras ou onctueux (huile stérilisée ou vaseline), soit une poudre très fine, du talc de préférence ; ce dernier ne présente aucune fermentation, tandis que les poudres d'amidon ou de riz décomposées déterminent des érythèmes. On peut employer le premier jour une solution savonneuse, qui aura l'avantage d'être résolutive et de nettoyer une région trop facilement sale, mais on l'évitera chez les rhumatisants et les goutteux, ainsi que chez les variqueux.

Il faut étaler le corps glissant le plus doucement possible avec la face palmaire des doigts et de la main, en esquissant déjà la passe de pression douce dirigée de bas en haut, sorte de friction légère qui a pour but d'éviter la surprise et de faire prendre confiance au blessé. C'est que, bien souvent, le patient a entendu parler des vives douleurs causées par le massage ; il se rappelle qu'au Hammam son masseur, pour gagner honnêtement son pourboire, brutalisait ses muscles et même ses viscères, par des manœuvres de pression exagérée, et il pense que ce sera pénible pour lui, dans un instant, de supporter de semblables pressions sur une région toute contusionnée. Aussi est-il bon de le prévenir qu'on n'a aucun mal à lui faire et même qu'on désire être prévenu à la première apparition de la douleur.

B. *Massage proprement dit.* — C'est qu'en effet le but sera de faire bien en place des pressions d'abord très douces, puis insensiblement plus fortes, sans que le malade reconnaisse cette progression. Ce sera, après la préparation de la peau, le ligament déchiré qu'on attaquera en premier ; il suffira de faire avec la face palmaire des pouces de petites pressions progressives dirigées de l'insertion astragalienne à l'insertion marginale péronière sans aller sur l'os qu'on doit toujours éviter, car c'est comprimer inutilement le derme sur un plan résistant plus profond. Après un massage bien fait le ligament rompu devient insensible ; la pression n'y réveille point de douleur. Cette pression douce, continue, bien parallèle à la direction des faisceaux, est un véritable analgésique local : elle suffirait souvent dans des foulures très bénignes mais nous devons parfaire notre traitement.

Il est bon d'exercer le même massage, mais plus rapide, sur le second faisceau du ligament latéral externe, dit péronéo-calcanéen, oblique de bas en haut et d'arrière en avant, allant de la face externe du calcanéum à la face externe de la malléole, s'imbriquant à ces dernières insertions avec celles du ligament péronéo-astra-

galien antérieur, ce qui explique sa sensibilité à la pression ; il existe bien un troisième faisceau ligamenteux postérieur, dit ligament péronéo-astragalien postérieur, mais il est tellement profond que je crois inutile d'indiquer sa direction par des pressions cutanées ; on agirait alors sur les gaines péronières qui contiennent les tendons des péroniers latéraux, et que nous masserons tout à l'heure spécialement.

Je conseille de vérifier du côté interne, s'il existe quelque point sensible du ligament latéral interne, ainsi qu'à la région antérieure du cou-de-pied, autrement dit je suis d'avis d'examiner tout l'appareil ligamenteux de l'articulation du cou-de-pied et de l'articulation tibio-péronière inférieure. On exécuterait alors quelques pressions sur le ligament sensible.

Le cou-de-pied présente quatre régions où sont situés de nombreux tendons glissant dans des gaines ostéo-fibreuses plus ou moins dures et résistantes, au moyen de synoviales tendineuses. Celles-ci sont en général, après le moindre traumatisme du cou-de-pied, tuméfiées, envahies par des liquides séreux ou séro-sanguinolents : il est donc indiqué d'aider, par des pressions limitées par la douleur, la résorption de ce liquide : on pratiquera ainsi avec ordre le massage des gaines antérieures, puis des gaines péronières ; enfin, s'il est besoin, de la gouttière calcanéenne.

Le massage des gaines aide aussi la résorption des divers exsudats sous-cutanés, en aidant l'évacuation du liquide des bourses séreuses et en activant la circulation dans les vaisseaux péroniers, tibiaux postérieurs et plantaires, tibiaux antérieurs et pédieux, ainsi que du côté des veines saphènes. Je ne veux certes pas dire qu'il faut faire des pressions sur les vaisseaux ; ce sont, au contraire, des organes à respecter, et je conseille en général de les éviter dans toutes les régions ; d'ailleurs, la pression en est douloureuse, car ils sont la plupart du temps accompagnés de filets nerveux.

Le massage des gaines tendineuses se fait aussi par la pression progressive de la face palmaire des doigts réunis pour la région antérieure, avec la face palmaire du pouce s'il s'agit d'être plus précis sur un seul tendon ou bien si on masse la région péronière. En exerçant en arrière les pressions sur le tendon d'Achille, on saisira ce tendon entre la face palmaire du pouce d'un côté et celle des doigts de l'autre, comme pour énucléer le tendon : ce massage n'a d'autre but que d'amorcer celui des muscles jumeaux.

Il semblerait que la lésion étant nettement fixée à la jointure et limitée à un faisceau ligamenteux, le massage proprement dit du cou-de-pied soit suffisant ; mais il n'en est rien. La physiologie pathologique nous montre que lorsqu'une jointure est atteinte, dans sa séreuse, comme dans son appareil ligamenteux, le système musculaire qui fait mouvoir les surfaces articulaires l'une sur l'autre est malade par action réflexe. Chez certains blessés, les muscles se contractent légèrement et maintiennent le pied dans

une situation fixe ; cette contraction, surtout chez les nerveux, peut devenir de la contracture et l'appareil musculaire, si l'on n'y pourvoit pas, subira rétraction et dégénérescence. Celle-ci est rarement fibreuse ; elle se présente plutôt sous forme d'atrophie : c'est une émaciation du muscle qui diminue de volume par diminution de la quantité de ses fibres et par diminution du volume de ces fibres entre lesquelles il se dépose de la graisse en quantité variable. Comme conséquence pathologique, c'est l'impotence suivie de la diminution d'étendue des mouvements ou même d'ankylose.

Heureusement que j'ai fait le tableau plus noir qu'il n'est réellement dans l'entorse simple : il est rare de voir des atrophies musculaires aussi accentuées. On constatera simplement à travers les téguments la diminution du volume, soit par la vue, soit par la palpation et la mensuration. Cette atrophie se traduira pour le malade par une grande faiblesse dans les mouvements, par de la fatigue de la marche. Si ces troubles musculaires secondaires ne se voient pas, ou presque pas, chez les entorsés bien soignés, ils sont en revanche très fréquents chez ceux qu'on néglige ou qui se négligent. Nous observons souvent à l'hôpital Beaujon des hommes qui viennent nous trouver, se plaignant de cette lassitude ; nous constatons qu'il s'agit de malades qui se sont mal soignés pour des entorses du genou et qui font de l'atrophie du quadriceps, ou qui, négligeant une entorse tibio-tarsienne, présentent de l'atrophie des muscles de la jambe, parfois très peu de temps après le traumatisme.

Il est plus facile d'empêcher cette atrophie de s'installer que de faire revenir un muscle à ses dimensions antérieures. C'est pourquoi nous conseillons de surveiller l'appareil musculaire de l'articulation avec peut-être plus de sollicitude que l'appareil ligamenteux.

Le blessé peut présenter des symptômes du côté de ses muscles ; les nerveux ont des crampes la nuit et même des contractures persistantes. C'est dans ces cas qu'il faut faire le massage du corps musculaire avec une douceur extrême, faisant pour ainsi dire prendre confiance à ce muscle qui peu à peu se relâche et reprend sa souplesse antérieure. Cette pression doit se faire avec la face palmaire de la main juste sur le corps charnu du muscle contracturé ; il est bon pendant cette pression de redresser l'articulation avec grande douceur jusqu'à ce que le muscle ait atteint à peu près sa plus grande longueur ; on maintient alors la jointure dans la situation obtenue et on excite les muscles opposés. C'est ainsi que si le malade se plaint de crampes dans le mollet et qu'on sente des noyaux durs à la palpation, après un massage très doux, on redressera le pied en le fléchissant sur la jambe et, le maintenant ainsi, on fera des pressions plus fortes, quoique sans brusquerie, sur les muscles de la loge antéro-externe.

Au cas où il n'existerait aucun symptôme du côté des muscles,

je pense qu'il vaut mieux opérer de la même façon, car on prévient crampes, contractures, atrophie secondaire, et le malade retrouve, quand il se lève, des muscles en bon état.

C. *Mobilisation passive.* — Après cette première partie de l'intervention, le malade ne souffre plus, son pied s'est dégonflé ; il ne ressent plus de raideur désagréable dans les corps musculaires de la jambe ; il pourrait presque marcher. C'est l'occasion de profiter de cette anesthésie et de cette souplesse pour faire exécuter à la jointure tous ses mouvements, en s'arrêtant dès que la douleur réapparaît. Il est bien certain que dans notre cas je modérerai les mouvements d'adduction du pied, ainsi que ceux d'extension ; ce serait tirer sur le faisceau rompu et réveiller de la douleur. Toutefois, après un massage bien fait, un semblable mouvement pourrait s'exécuter sans douleur : il est préférable de ne pas insister ; en revanche, on pratiquera sans crainte tous mouvements d'abduction et de flexion. De jour en jour cette mobilisation gagne d'étendue et, dans notre cas, au cinquième jour, l'extension avec latéralité des mouvements et adduction ne réveille plus de douleur. Cela ne veut pas dire que le ligament soit réparé ; cette réparation demande un temps très long et même est douteuse dans bien des cas. Ne voit-on pas des mouvements anormaux de latéralité persister longtemps dans les entorses bien soignées du ligament latéral interne du genou ? Si l'étendue des lésions est minime, cela a peu d'importance, mais si les ligaments intéressés sont importants, on comprendra l'utilité de réveiller d'autant plus l'action musculaire qui servira de moyens de limite actifs de certains mouvements de cette jointure. Cette mobilité anormale est due souvent à la négligence apportée à la mobilisation passive de l'articulation.

D. *Mobilisation active.* — A la suite de la mobilisation passive, on doit faire exécuter au malade, dès la première séance, des mouvements actifs qui répètent les exercices passifs ; et, toujours limité par la douleur, le malade exécute des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction et des mouvements de latéralité dans la forte extension, s'il peut le supporter ; il est bon de veiller à l'intégralité des mouvements du genou et de faire exécuter des mouvements de flexion et d'extension aux orteils pour faciliter le glissement de leurs tendons au niveau des gaines synoviales du dos et du cou-de-pied.

Quand la séance est ainsi terminée, est-il bien utile, pour impressionner l'assistance, de commander au malade de se lever et de marcher. Le massage aidé de la suggestion permet ce pseudo-miracle, mais cette tentative de marche trop précoce sera suivie de la réapparition des douleurs, tandis que le malade massé, s'il est plus prudent, jouira pendant plusieurs heures de la sédation résultant de la séance de massage. Une seule séance d'une

durée de 20 minutes à une demi-heure, suffit dans la journée : ce sera souvent le lendemain matin que les douleurs réapparaîtront et le malade, bien soulagé la veille, réclame impatiemment le massage qui doit le calmer. A l'hôpital Beaujon, nous plaçons sur l'articulation un peu d'ouate et une bande qui ont pour but de protéger la région tuméfiée contre les mouvements intempestifs de l'autre pied pendant le sommeil.

E. *Education musculaire.* — La lésion que nous venons de masser demande le séjour au lit pendant quatre ou cinq journées, une dizaine de séances de massage : elle permet la station debout et les exercices de marche au sixième jour. Certes, le malade pourra marcher plus tôt, mais c'est courir au devant des complications, comme nous l'a démontré notre expérience.

L'éducation musculaire consiste ici à conseiller au malade de faire d'abord de petits pas en lui apprenant à marcher comme au métronome, et en restant aussi longtemps sur la jambe blessée que sur la saine. On exigera qu'il se tienne droit et n'ait aucune claudication : il ne doit pas d'abord rester longtemps debout ; le premier jour il fera des petites marches de 5 minutes, puis se reposera en s'allongeant sur une chaise longue de temps en temps. Plus tard il apprendra à faire de grands pas, à descendre, puis monter quelques marches d'escalier, puis des étages entiers ; enfin il sortira pour vaquer à ses occupations. Les douleurs dans les groupes musculaires sont une indication absolue de repos, sinon ce serait de nouveau la contracture avec ses graves inconvénients. J'ajouterai que je proscris, en général, cannes, béquilles, etc., qui ne donnent que de mauvaises habitudes et retardent l'assurance dans la marche.

Remarques. — C'est rationnellement que nous insistons beaucoup sur le massage, la mobilisation et l'éducation musculaire. L'anatomie et la physiologie pathologique sont ici nos directrices : le tissu fibreux se répare mal. Chez tous les sujets il ne se répare pas semblablement. Quelquefois, il prend des développements exagérés et aidera au voisinage des articulations à constituer des ankyloses à marche progressive et irrémédiable : il se passe alors le même phénomène trophique que celui observé chez les arthritiques qui présentent des rétractions de l'aponévrose palmaire : sectionner cette aponévrose, c'est assister à la reformation d'un tractus fibreux plus volumineux et à développement plus actif que celui qu'on a voulu faire disparaître. Il s'agit là d'évolution pathologique du système fibreux : c'est heureusement l'exception. La règle, au contraire, est que, si le ligament a été désinséré, celui-ci se réinsère sur l'os à condition qu'il soit en contact avec lui ; s'il en est éloigné, l'extrémité libre flotte, s'atrophie, par suite de vascularisation défectueuse, et le ligament a ainsi perdu de sa force

de résistance. Si le ligament est rompu en partie dans sa région moyenne, quelques-uns des faisseaux fibreux se rejoignent, mais il persiste le plus souvent une solution de continuité : le meilleur exemple en est cette fenêtre qui persiste à la capsule de l'articulation scapulo-humérale après certaines luxations de l'épaule et qui facilite chez certains malades les récidives si fréquentes. En résumé, l'anatomie pathologique nous démontre que le ligament rompu demeure affaibli. Ce n'est pas du tissu fibreux qui peut le suppléer ; c'est le muscle qui modère le même mouvement que limitait le ligament rompu qui devra suppléer à l'absence de quelques fibres ou de tout le ligament entorsé. Il devra donc, non plus avoir la même puissance qu'antérieurement à l'accident, mais être encore plus actif pour que sa contraction soit à la hauteur de sa tâche, et il faudra aussi que son éducation soit parfaite pour que cette contraction se fasse à temps, évitant ainsi d'autres entorses, des luxations et quelquefois des fractures.

La philosophie du traitement se résumerait donc ainsi : dans l'entorse, non seulement le ligament a été rompu, mais sympathiquement le système musculaire et le système nerveux qui participent au mouvement de la jointure blessée sont atteints. Il faut donc agir à la fois sur le ligament, sur le système musculaire qui fait mouvoir l'articulation dont le ligament limitait un des mouvements et sur le système nerveux qui commande à la motilité de cette jointure.

L'anatomie pathologique nous démontre encore la rupture des filets nerveux inter et périligamenteux, d'où la douleur de l'entorse ; il est aisé de comprendre que c'est en pressant le ligament légèrement, régulièrement et sans brutalité dans le bon sens, c'est-à-dire dans le sens des fibres d'une insertion à l'autre, qu'on amènera l'analgésie ; en allant d'abord avec force, on réveille la douleur ; en arrivant progressivement à la même force, les filets sensitifs perdent leurs propriétés de sensibilité et de conductilité pendant plusieurs heures. Ils ne sont plus le point de départ de phénomènes réflexes qui se traduisent d'autre part sous forme de contracture exagérée et persistante d'un ou de plusieurs de ces muscles qui participent aux mouvements de la jointure malade.

Nous pourrions ainsi expliquer toute notre conduite dans la séance de massage que nous avons décrite, qu'il s'agisse de massage, de mobilisation passive ou active, ou d'éducation musculaire. Et c'est précisément cette conception de notre intervention qui nous permettra de la varier utilement, comme nous allons le voir suivant les quelques variétés que j'avais énumérées antérieurement. Dans ces diverses variétés, c'est le système nerveux, c'est le système musculaire, qui sera la cause de la différenciation, ou bien celle-ci sera la conséquence obligatoire de troubles nerveux généraux ou trophiques, antérieurs ou non à la blessure ; enfin, ce sera le ligament lui-même qui nous dictera notre mode d'intervention après l'interrogatoire que notre palper lui aura fait subir.

Prenons un exemple ; l'âge, avons-nous dit, variera notre mode d'intervention. Chez l'enfant les ligaments résistent assez bien, ils sont très vasculaires, donc très nerveux : l'enfant souffre de l'entorse plus que l'adulte et surtout que le vieillard. Chez l'adulte les muscles sont très puissants, les phénomènes d'atrophie se feront d'autant plus sentir, et les troubles secondaires à cette atrophie seront d'autant plus fréquents (entorse et fractures secondaires). Chez le vieillard, le tissu fibreux se répare plus facilement que chez l'adulte et l'enfant, surtout si le blessé est un rhumatisant. La mobilisation passive doit être d'autant plus surveillée qu'on s'adresse à un homme âgé. Il faut lui conserver toute la souplesse de sa jointure et lui donner la force musculaire nécessaire à la conservation de cette souplesse, lorsqu'on abondonnera le convalescent. De même nous recommandons de bien surveiller le système musculaire chez le sujet nerveux pour éviter ces troubles qu'on a désignés sous le nom d'hystéro-traumatisme et qui se traduisent sous forme de contracture musculaire amenant consécutivement, si on ne l'abolit point, l'ankylose de l'articulation dont le muscle malade commande un des mouvements.

Variétés.— Nous avons pris comme exemple une entorse de moyenne intensité, mais il peut n'y avoir qu'une légère foulure d'un faisceau ligamenteux simplement tiraillé : pour la guérison, deux ou trois massages suffisent. En revanche, tout le ligament latéral externe peut avoir cédé et même le ligament latéral interne peut en plus présenter quelques déchirures ; le pied moins assuré demandera un plus long séjour au lit et une plus longue surveillance de la jointure blessée. Ce que nous avons dit pour le cou-de-pied s'applique aux entorses des autres articulations : celles du genou et du coude sont plus longues à guérir.

Il en est une qu'on rencontre plus rarement et qui a été moins étudiée, dont je désire dire quelques mots, car son pronostic est assez sérieux et elle se rencontre dans des cas tout particuliers. J'ai eu l'occasion d'observer chez plusieurs malades, danseuses de profession, des entorses complexes du tarse et du métatarse. Le type principal serait la rupture des ligaments métatarso-tarsiens. En sautant de la demi-pointe (talon antérieur) sur toute la face plantaire du pied, ou bien en sautant de la pointe sur la demi-pointe, si l'effort du saut a été trop brutal, ou bien encore si l'effort musculaire qui aide l'appareil ligamenteux de ces jointures n'est pas en rapport avec la brutalité du choc, les ligaments qui réunissent le tarse au métatarse cèdent et même les ligaments qui réunissent les extrémités postérieures des métatarsiens sont aussi rompus, le ligament de Lisfranc, tout le premier. Le résultat immédiat est un affaissement de la voûte plantaire qui sera presque incurable.

Chez de semblables malades le massage améliore la douleur,

mais la guérison est défectueuse, car les ligaments rompus ne se réparent pas ou presque pas et le pied plat acquis persiste. C'est pour cela que nous recommandons bien de laisser ces malades longtemps couchés, de masser avec soin les muscles jambiers et péroniers latéraux, de recommander de ne les faire marcher que très tardivement, quand le squelette du pied a acquis quelque assurance.

Une de mes malades qui fut victime d'un accident de voiture avait présenté des entorses semblables aux deux pieds. Le cheval de sa voiture, s'étant emporté, était venu s'abattre contre une grille, la voiture s'était arrêtée subitement et par la secousse les deux personnes qu'elle contenait avaient été projetées assez haut : ma malade retomba sur ses deux pieds, mais ressentit au même moment une douleur violente à la région moyenne de chaque pied, douleur qui l'empêcha de se tenir debout et de marcher. Six mois après l'accident, malgré des soins minutieux, la malade souffrait encore de ses articulations traumatisées. Il est vrai que, ayant les deux pieds malades, elle ne pouvait s'aider d'une jambe saine pour esquisser ses premiers pas ; et elle dut attendre la complète guérison pour recommencer l'éducation de sa marche. Je laisse à penser dans quel état eût été son appareil musculaire si un massage quotidien n'avait entretenu la vitalité de la fibre charnue.

Après la différence causée par la violence du trauma, la différence du volume des muscles chez les uns et chez les autres doit commander la force et la durée de notre massage des corps musculaires. Il faut éviter d'exciter avec excès le muscle du blessé nerveux et fortement charpenté : en revanche, le malingre sera massé fortement, quant aux fibres charnues. Il faut agir avec plus de prudence chez la femme que chez l'homme. L'enfant sera à peine massé, on emploiera surtout pour lui la mobilisation passive et active. Le vieillard, au contraire, sera massé avec soin et on surveillera de près la souplesse de l'articulation blessée. Suivant la situation sociale, on variera la sévérité du séjour au lit ; il est certain qu'un ouvrier reprendra obligatoirement plus vite son service qu'un rentier qui a le loisir de se soigner avec prudence. Il est même des professions où il faut transiger avec le séjour au lit ; c'est ainsi que, dès qu'on le pourra, il faudra mettre sur pied une danseuse de profession pour qu'elle ne perde pas par l'immobilisation la souplesse des autres jointures et la force musculaire qui préside à leurs mouvements.

Variables encore seront les interventions sur les entorses récentes et les entorses anciennes ou mal soignées qui présentent de la raideur articulaire et de l'atrophie musculaire : en ce cas, le massage s'adressera plutôt aux muscles, et on surveillera avec soin la mobilisation qui sera quelquefois douloureuse, puisqu'il s'agira de regagner des mouvements perdus. Enfin, on peut avoir affaire à des entorses, compliquant d'autres lésions articulaires, telles qu'hydarthroses, arthrites tuberculeuses, ou autres, ou ankyloses in-

complètes : l'intervention sera dictée par les lésions anciennes ; il est bien certain qu'on ne cherchera pas à mobiliser quand même une ankylose consécutive à une arthrite tuberculeuse. Pour ces différents cas, les indications et contre-indications de l'une ou l'autre des manœuvres de massage seront décidées par le médecin qui se basera sur l'état de l'articulation, de ses ligaments et de son appareil musculaire.

Discussion. — Il est à remarquer que, dans cet exposé de notre méthode, telle que nous la pratiquons à l'hôpital Beaujon d'après les principes prescrits par L. Championnière, nous n'avons employé comme manœuvres de massage que des pressions. C'est qu'en effet nous avons choisi parmi ces manœuvres celle qui nous paraissait la plus simple, la plus pratique, la plus efficace, et nous avons rejeté toutes celles qui n'ajoutent rien au résultat obtenu par l'excitation due à la pression. C'est ainsi que nous excluons : tapotage, foulage, hachages, pétrissages, pincements, torsions percussions, etc., etc., procédés devenus très nombreux dans ces derniers temps, produits de l'imagination de praticiens qui n'ont eu souvent comme but que de compliquer à dessein cette thérapeutique si simple, pour la rendre plus mystérieuse. Et, surtout, parmi cette multitude de procédés, nous conseillons de rejeter absolument toutes les manœuvres brutales, qui ne peuvent que retarder la marche vers la guérison, que ces manœuvres s'adressent à l'articulation elle-même, comme la pression avec torsion des surfaces articulaires, ou qu'elles s'exercent sur les corps musculaires comme les coups secs donnés perpendiculairement aux muscles et qui ne servent qu'à réveiller des contractures ou des crampes.

Tandis que M. Championnière avait emprunté à la technique des rebouteurs les quelques rares bonnes passes, qui pouvaient améliorer les tissus contusionnés, d'autres praticiens retournaient aux vieilles aberrations et, ne se contentant pas des procédés déjà employés, cherchaient encore des manœuvres plus violentes que celles connues jusqu'alors. Il suffirait, pour combattre cette théorie de la manœuvre brutale, de raisonner par l'absurde avec ses partisans. J'ai deux exemples à leur citer ; aux uns, médecins, je présenterai cette femme ictérique qui vint me consulter pour savoir si vraiment le massage de l'estomac et de l'intestin était indiqué dans son cas. Elle me montra une ordonnance datant de 4 jours, signée d'un Professeur de la Faculté qui diagnostiquait de la dilatation de l'estomac et conseillait précisément le massage. Je l'assurai de la justesse du diagnostic, sans même l'examiner, vu l'autorité du maître, mais après interrogatoire, je compris que la malheureuse, se confiant à un confrère barbare, avait eu, pendant une demi-heure, le lobe gauche de son foie pétri, contusionné, endolori. La séance avait été très pénible, suivie de vomisse-

ments, de douleurs à la région épigastrique, et le lendemain la malade présentait de la congestion hépatique et de l'ictère.

Pour d'autres, chirurgiens, je pourrais, dans un recueil de 50 observations, en prendre une au hasard, et montrer un malade, atteint d'une légère entorse, voir le membre malade augmenter de volume de jour en jour, tandis que la douleur s'accroît et devient intolérable pendant et entre les séances. Mais un d'eux plus particulièrement fut assez instructif : atteint d'une entorse du poignet droit, il se confia à un masseur étranger, muni de tous ses diplômes, qui ne voulait pas admettre qu'après des pressions considérables sur la région des gaines des fléchisseurs il existât encore du gonflement à la fin de la séance. Pour écraser ce callus, comme il l'appelait, il entourait le poignet d'une courroie et glissait un morceau de bois à la face antérieure de l'avant-bras, puis serrait jusqu'à ce que son malade hurlât de douleur..... Je ne vis ce malade qu'au 10e jour de ce traitement : l'avant-bras présentait des meurtrissures de la peau et des ecchymoses remontant jusqu'au milieu du bras. Il suffit de laisser reposer ce pauvre martyre pour que son poignet s'améliorât, puis guérit.

Certes, ces exemples sont rares : je les cite pour en démontrer la nocivité ; il est bien des échelons de ces méthodes brutales jusqu'à la nôtre, mais comme la pression douce et progressive n'a jamais amené de complications physiques ou fonctionnelles, nous nous en tenons là. Elle atteint le but et ne le dépasse jamais.

On pourrait objecter qu'une intervention aussi précise ne saurait être faite par des masseurs extra-médicaux, des garde-malades, etc., et que sa pratique en devient plus délicate.

Il est bien évident qu'en réfléchissant à la précision d'un massage utile, en cas de lésion articulaire et osseuse, on ne peut concevoir que des personnes étrangères à toute connaissance anatomique, physiologique et pathologique puissent obtenir d'un malade ce qu'un médecin gagnera à chaque séance ; il suffit de constater les différences de sensations éprouvées par les malades après un massage précis et bien fait, après une mobilisation bien raisonnée, ou après un massage exécuté par un débutant, pour qu'on admette que le massage de membres traumatisés doive être pratiqué par des médecins ou des étudiants en médecine. Et cependant combien peu parmi les médecins acceptent de masser les entorses et à plus forte raison les fractures de leurs malades ! Ce désintéressement a même fait sortir de terre une pléiade de rebouteurs nouveau jeu, qui, profitant d'une méthode de mode actuellement jouent aux médecins et deviennent dans leur voisinage des personnalités bien plus influentes que le docteur le plus proche, surtout s'ils se nationalisent provisoirement hollandais ou suédois.

Peu à peu ils montent en grade ; d'abord ventouseurs, puis masseurs, ils passent, du massage général, au massage du rhumatisme et des raideurs articulaires, au massage de l'entorse, de la contu-

sion, de la luxation et enfin de la fracture ; d'abord patronnés par le corps médical, ils s'émancipent dans la suite et tranchent dans les indications...... rarement dans les contre-indications.

J'espère d'ailleurs revenir un de ces jours sur cet encouragement à l'exercice illégal de la médecine, dont nous sommes tous un peu fautifs, et à en faire ressortir le funeste développement en raison inverse de la fortune médicale.



Clermont Oise. — Imp. Daix frères.